

APROBACIÓN A MEDICAMENTOS DE AUTOADMINISTRACIÓN

De acuerdo con IDAPA 16.03.19.401, antes de permitir que el residente se auto administre sus medicamentos, el proveedor de CFH debe obtener la aprobación del profesional de salud del residente.

RESIDENTE

El residente es el adulto que recibe atención en el hogar del proveedor de CFH.

Nombre Completo Legal:	Fecha de Nacimiento:
Diagnosis: _____	

EVALUACIÓN

Esta evaluación se basa en la condición actual del residente evaluado hoy. Si su condición cambia, el proveedor de CFH debe de asegurarse que el profesional de salud reevalúe al residente. El profesional de la salud ha evaluado al residente en las siguientes áreas:

El residente entiende el propósito de cada medicamento.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El residente está orientado al tiempo y lugar y conoce las dosis y horarios adecuados de cada medicamento.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El residente entiende los efectos esperados, reacciones adversas o efectos secundarios, y sabe que acciones tomar en case de emergencia.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El residente puede tomar medicamentos sin ayuda o recordatorios.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

APROBACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

La firma a continuación del profesional de salud indica que el residente está aprobado para auto administrarse medicamentos. Todas las preguntas en la evaluación deben evaluarse como "Si" antes de que el profesional de salud pueda dar su aprobación.

Nombre:	Teléfono: ()
Nombre de Agencia:	

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD	FECHA

PROVEEDOR DE CFH

El proveedor es el adulto responsable de mantener su certificado y de brindar atención a los residentes. Por favor devuelva este formulario a la siguiente persona:

Nombre del Proveedor:		
Número de Teléfono: ()	Correo Electrónico:	
Dirección Postal:		
Ciudad Postal:	Estado Postal:	Código Postal: